

TRAVALIU & NAȘTERE

EVALUARE STARE DE BINE A FĂTULUI

- supraveghere mișcări fetale + bătăi cardiace fetale + răspuns la stress

* frecvență cardiacă fetală normală → 120-160 bpm

TEST NON-STRESS

- evaluare prenatală & în timpul travaliului → mamă poz. decubit lateral stâng
- frecvență cardiacă fetală → monitorizată cu ajutorul transductorilor externi pt decelare bătăi cardiace fetale & contracții uterine – minim 40 min pt a exclude ciclurile de somn ale fătului
- efectele mișcării fetale asupra frecvenței cardiace fetale
- test normal reactiv → 2 / mai multe accelerații ale frecvenței cardiace fetale, > 120 bpm, durată > 15 sec – la fiecare 20 min
- încurajare activitate fetală & scurtare timp de testare → stimulator vibroacustic atașat de abdomenul mamei

DECELERAȚII	ASPECT	CAUZĂ	TRATAMENT
PRECOCE	încep & se termină odată cu contracția uterină	compresie cap fetal	-
TARDIVE	încep după inițierea contracției uterine & se termină după ce contracția a luat sfârșit	insuficiență utero-placentară / compresie venoasă maternă / hTA maternă / PROM → poate sugera hipoxie fetală	probă de sânge din scalp fetal → diagnostic hipoxie / acidoză & decelerații tardive recurente / hipoxie fetală → indicații de naștere imediată !
VARIABLE	debut + durată + amplitudine → VARIABLE	compresie cordon ombilical	schimbare poziție mamă

PROFIL BIOFIZIC

- efectuat după prezență test non-stress non-reactiv → test non-stress TREBUIE repetat + evaluare US făt
- evaluare US făt → măsurare **INDICE DE LICHID AMNIOTIC** + frecvență respiratorie fetală + mișcări fetale + tonus fetal
- SCOR** (dacă o componentă îndeplinește criteriile = 2 pct // dacă o componentă NU îndeplinește criteriile = 0 pct)
 - test non-stress reactive
 - indice de lichid amniotic 5-23 cm
 - MINIM 1 ep. de respirații ritmice cu durată de 20 sec în interval de 20 min
 - MINIM 2 ep. de mișcări fetale discrete în interval de 30 min
 - MINIM 1 ep. de extensie a coloanei vertebrale / membru – cu revenire în poziția flectată

SCOR BIOFIZIC BUN → 8-10 pct = risc minim de asfixie fetală // scor mai mic = suferință fetală

TEST DE STRES LA CONTRACȚIE

- stadiile tardive ale sarcinii / în timpul travaliului → evaluare disfuncție uteroplacentară
- frecvență cardiacă fetală → monitorizată cu ajutorul unui electrod extern / situat pe scalpul fetal
- SEMNE FAVORABILE** → variabilitate bătăie-cu-bătaie 5 bpm + variabilitate pe t. lung frecvență cardiacă fetală + prezență accelerații ocazionale (MINIM 2 accelerații de 15 bpm cu durată de MINIM 15 sec în interval de 20 min)

- decelerații de la ritm de bază → compresie cap fetal / compresie cordon ombilical / hipoxie fetală

PUNCTIE SCALP FETAL – OBTINERE DE PROBE DE SÂNGE FETAL

- în situația unei înregistrări **ANORMALE** a bătailor cardiace fetale
- pH obținut → normal (prognostic bun) / ↓ + hipoxemie + ↑ lactat = suferință fetală

MONITORIZARE PE SCALP FETAL

- monitorul → fixat pe scalpul fetal → înregistrare pulsoximetrie + ritm fetal cardiac + efectuare EKG – sarcini > 36 săpt + feți în prezentație craniană

STADII TRAVALIU

TRAVALIU = CONTRACȚII UTERINE DUREROASE + ȘTERGERE & DILATARE COL → 37 – 42 săpt. de gestație

STADIU	ÎNCEPUT & SFÂRȘIT	ACTIVITATE	MANAGEMENT	DURATĂ	
				NULIPARE	MULTIPARE
1	FAZĂ PASIVĂ → început contracții uterine până la dilatație de 6 cm a colului uterin & ștergere completă a acestuia FAZĂ ACTIVĂ → dilatație col până la 10 cm – progresează constant FAZĂ DE DECELERAȚIE → tranziție de la faza active la al 2-lea stadiu	FAZĂ PASIVĂ → șterge col & dilatare progresivă FAZĂ ACTIVĂ → contracții uterine regulate + dilatare progresivă & rapidă col (1,2 cm/h – nulipare / 1,5 cm/h – multipare) & ștergere FAZĂ DE DECELERAȚIE → încetinire dilatație & ștergere col – înaintea angajării capului fetal în pelvis	monitorizare frecvență cardiacă fetală & contracții uterine + evaluare periodică progresie schimbări de la nivelul colului – în timpul fazei active	< 20 ore	< 14 ore
2	de la dilatație completă până la expulzie făt	fătul coboară prin bazinul osos (dat. contracții uterine)	monitorizare frecv. cardiacă fetală	< 3 ore (< 4 ore – în caz de an. epidurală)	< 2 ore (< 3 ore – în caz de an. epidurală)
3	de la expulzie nou-născut până la expulzie placentă	placenta se separă de pereții uterului în primele 30 min după expulzia fătului	masaj uterin + examinare placentă – pt a determina posibilitate existență resturi în uter	0 – 30 min	0 – 30 min
4	prima oră postpartum	stabilizare hemodinamică mamă	monitorizare puls matern & TA + observare semne de hemoragie	1 oră	1 oră

INDUCERE TRAVALIU

- **intervenție (oxitocină, misoprolol, etc.)** → inițiere contracții uterine / accelerare progres travaliu

INDICAȚII

- **MATERNE** → preeclampsie / DZ / travaliu stagnant / corioamniotită
- **FETALE** → sarcină depășită cronologic / RCIU / PROM / unele defecte congenitale

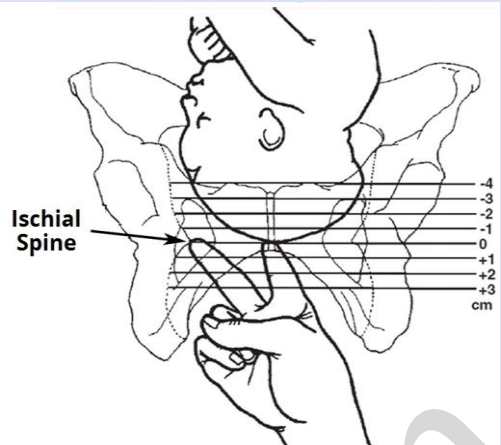
CONTRAINDICAȚII

- necesitate naștere prin cezariană
- uter cicatricial
- imaturitate pulmonară fetală
- distocii de prezentație
- suferință fetală acută
- herpes genital activ
- placentă previa / vase previa

SCOR BISHOP

- apreciere posibilitate naștere pe cale vaginală după inducere travaliu – evaluare stație fetală + măsurare dilatație col + ștergere & consistență & poziție col
- scor Bishop ↑ → ștergere & dilatație & înmuiere col + poziție cervicală anterioară + stație fetală avansată
- scor Bishop ↓ → probabilitate mai mare de terminare a nașterii prin cezariană

SCOR	DILATAȚIE (CM)	SCURTARE & ȘTERGERE COL	STAȚIE (CM)	CONSISTENȚĂ COL	POZIȚIE COL
0	0	0-30	-3	fermă	posterior
1	1-2	40-50	-2	medie	intermediar
2	3-4	60-70	-1 / 0	moale	anterior
3	5-6	> 70	+1 / +2	-	-



DISTOCII DE PREZENTAȚIE

1. PREZENTAȚIE NORMALĂ FETALĂ (CRANIANĂ) → capul fătului orientat anterior + bărbie în piept + occiput orientat spre canalul nașterii
2. PREZENTAȚIE FACIALĂ (HIPEREXTENSIE TOTALĂ GÂT) → FOARTE RAR – nașterea pe cale vaginală e posibilă dacă mentonul e orientat spre anterior
3. PREZENTAȚIE BREGMATICĂ (HIPEREXTENSIE PARTIALĂ GÂT) → FOARTE RAR – terminare naștere prin cezariană (dacă capul fătului nu se așează spontan într-una din prezentațiile eutocice)
4. PREZENTAȚIE PELVIANĂ → CEA MAI COMUNĂ
 - PELVIANĂ DECOMPLETĂ (FRANCĂ) → 75% din cazuri – coapse flectate pe abdomen + genunchi în extensie
 - PELVIANĂ COMPLETĂ → coapse + genunchi – flexie
 - PELVIANĂ INCOMPLETĂ (MODUL PICIOARELOR) → unul / ambele membre inferioare – în extensie

FACTORI DE RISC

- prematuritate
- sarcină multiplă / anomalii uterine
- hidramnios / placentă previa

TABLOU CLINIC

- în urma manevrelor Leopold → cap fetal în cavitate abdominală
- tact vaginal → stabilește prezentația

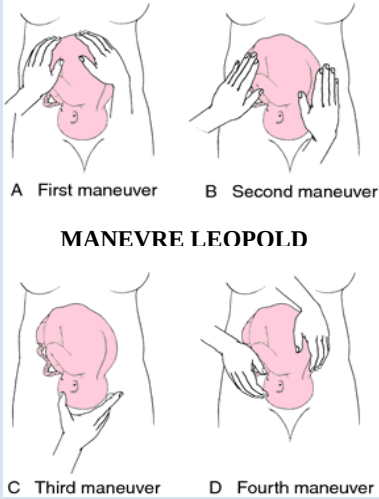
US → prezentație făt

TRATAMENT

- cele mai multe cazuri → remitere înainte de travaliu
- versiune cefalică externă → săpt. 37 gestațională – repoziționare făt (eficacitate 75%)

COMPLICAȚII

- prolabare de cordon ombilical
- blocare cap fetal
- hipoxie fetală
- abruptio placentae
- traumatisme – în timpul nașterii



Operație Cezariană

- naștere făt → incizie perete uterin

1. VERTICALĂ

- incizie verticală – perete muscular anterior uter (clasică) / segment inferior uter (verticală joasă)
- utilizare → făt situat în prezentație transversală / adeziuni/fibroame uterine împiedică accesul în segmentul inferior al uterului / planificare de histerectomie după naștere făt / cancer de col / naștere post-mortem

2. TRANSVERSALĂ JOASĂ

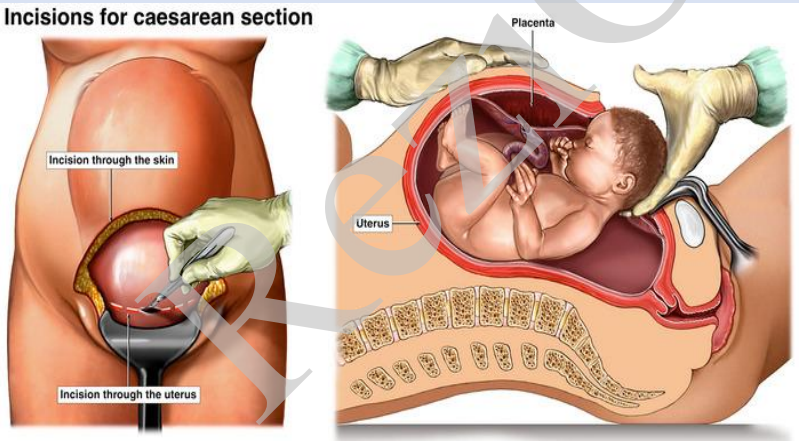
- incizie transversală – nivelul segmentului inf. uterin
- risc ↓ → ruptură uterină & sângerare + apariție aderențe la intestine + infecție

INDICAȚII

- **MATERNE** → eclampsia, operații în antecedente pe uter, operație cezariană în antecedente, boli cardiace, obstrucție canal de naștere, deces matern, cancer de col, herpes genital activ, HIV
- **FETALE** → suferință fetală acută, distocii de prezentație, prolabare de cordon ombilical, făt macrosom
- **MATERNE & FETALE** → eșec de progresie travaliu, placentă previa, dezlipire prematură de placentă normal inserată, disproporție cefalo-pelvică

COMPLICAȚII

- hemoragie
- infecție
- sepsis
- trombembolism
- leziuni structuri care vin în raport cu uterul
- următoarele sarcini → risc de placentă previa / accreta & avort



LĂUZIE FIZIOLOGICĂ

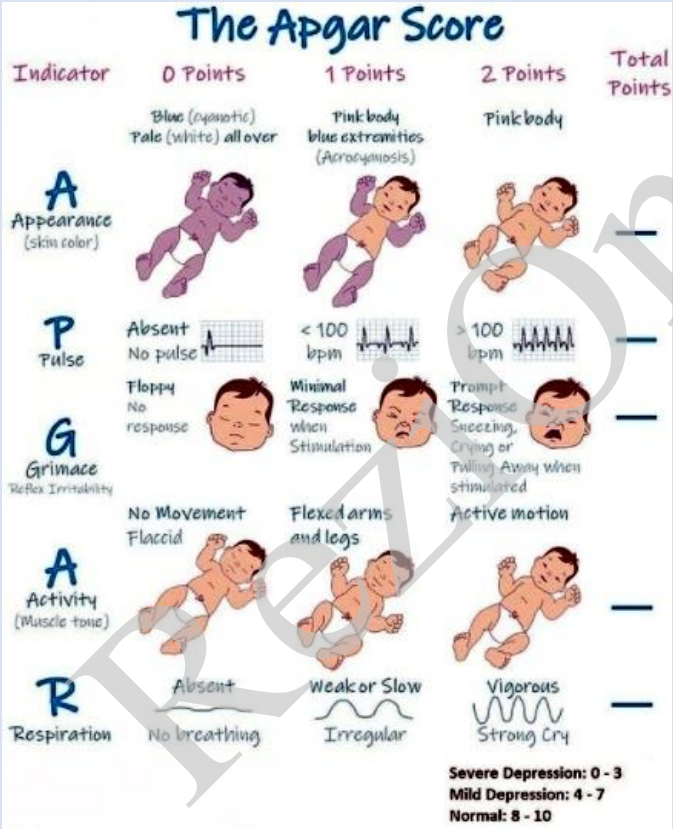
ÎNGRIJIRE NOU-NĂSCUT

- aspirație promptă → cavitate nazală & bucală → ajutare respirație + prevenire aspirație
- nou-născut uscat & învelit → prevenire pierdere de căldură
- cordon ombilical → clampat & secționat (se recoltează probe de sânge din cordon pt a măsura gaze sangvine + grup de sânge)
- debut respirație → primele 30 sec (dacă nu începe spontan – se încep manevrele de resuscitare)
- în caz de imaturitate pulmonară → adm. intratraheală de surfactant sintetic / exogen
- **SCOR APGAR** → calculat la 1 min & 5 min după naștere

SCOR	SEMN				
	CULOARE	FRECVENȚĂ CARDIACĂ	RĂSPUNS LA STIMULI	TONUS MUSCULAR	RESPIRAȚII
0	albastră + palidă	fără	fără	slab	fără
1	trunchi roz + extremități albastre	< 100 bpm	grimasă	mișcări reduse	reduse + plâns slab
2	roz	> 100 bpm	plâns puternic	mișcări active	regulate + plâns puternic

MODIFICĂRI MATERNE

- **uter** → ↓ în dimensiuni
- **col** → consistență ↑ primele 3 săpt. postpartum
- **secreții uterine (lohii)** → roșii (primele zile după naștere) – devin progresiv mai deschise la culoare, ajungând albe (10 zile postpartum)
- **pereți vagin** → recapătă progresiv fermitate
- **RVP totală** → ↑ rapid – datorită elim. circulației uteroplacentare
- **diureză** → pierdere semnificativă în greutate (1 săpt. postpartum)
- **debit cardiac** → revine progresiv la normal
- ușoară depresie postpartum
- mame care nu alăptează → menstruația apare la 6-8 săpt. postpartum
- **ovulație & menstruație** → pot să nu existe timp de câteva luni – mame care alăptează



HEMORAGIE POSTPARTUM

- **ANORMALĂ** → pierdere de sânge > 500 ml/24 ore – după naștere pe cale vaginală / > 1.000 ml/24 ore – după cezariană

CAUZE

- **ATONIE URINARĂ** (majoritatea cazurilor → apare mai frecvent după sarcină multiplă / travaliu prelungit / corioamniotită)
- traumatism canal de creștere
- țesut placentar restant în cavitatea uterină
- CID

TABLOU CLINIC

- hemoragie excesivă postpartum – din tract genital
- uter de consistență moale & aton
- examinare vagin → laceratii
- examinare placentă → **părți lipsă !**

US → resturi placentare (zone endometriale îngroșate / mase ecogene)

TRATAMENT

- masaj uter + oxitocină → ↑ tonus uterin + ↓ intensitate hemoragie
- sutură lacerății existente
- dilatare + curetaj uterin → eliminare resturi placentare
- repoziționare manuală uter + hidratare IV → dacă inversiunea uterină este cauza hemoragiei
- histerectomie → cazuri severe / refractare la tratament

ReziOn